

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1954

678

T H E S E

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Jacques ZILBERCWAJG

Né le 2 Juillet 1927 - à Paris 12ème

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU CANCER DES BRONCHES
SECONDAIRE AUX TUMEURS DES VOIES EXCRETO-URINAIRES

Président : Monsieur le Professeur J. Delarne

1954

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : Z I L B E R C W A J G

Prénoms : Jacques

Date de la Soutenance :

Numéro d'ordre :

1

ZILBERCWAJG Jacques.
Contribution à l'étude
du cancer des bronches
secondaire aux tumeurs
des voies excréto-
urinaires.
Dact. in 4°
Thèse Méd. Paris 1954
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1954

2

ZILBERCWAJG Jacques.
Contribution à l'étude
du cancer des bronches
secondaire aux tumeurs
des voies excréto-
urinaires.
Dact. in 4°
Thèse M éd. Paris 1954
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1954

3

ZILBERCWAJG Jacques.
Contribution à l'étude
du cancer des bronches
secondaire aux tumeurs
des voies excréto -
urinaires.
Dact. in 4°
Thèse Méd. Paris 1954
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1954

4

ZILBERCWAJG Jacques.
Contribution à l'étude
du cancer des bronches
secondaire aux tumeurs
des voies excréto -
urinaires.
Dact. in 4°
Thèse Méd. Paris 1954
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1954

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--:--:--:--:--:--

Année 1954

N° _____

T H E S E

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Jacques ZILBERCWAJG

Né le 2 Juillet 1927 - à Paris 12ème

Présentée et soutenue publiquement le

--:--:--:--:--:--

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU CANCER DES BRONCHES
SECONDAIRE AUX TUMEURS DES VOIES EXCRETO-URINAIRES

--:--:--:--:--:--

Président : Monsieur le Professeur J.Delarne

--:--:--:--:--:--:--:--:--:--



A mon Père

A ma Mère

A ma Femme

A mon Fils

A mes Soeurs et Frère

A Madame Prieur

A mes amis.

A Monsieur le Professeur Jacques DELARUE,
Professeur d'anatomie pathologique à
la Faculté de Médecine de Paris.

Médecin-Chef de l'Hospice Paul BROUSSE
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le très grand
honneur de présider notre
thèse,

En respectueux hommage.

A nos Maîtres dans les hôpitaux de Paris,

Monsieur le Professeur MONDOR.
Monsieur le Professeur LIAN.
Monsieur le Professeur SORREL.
Monsieur le Professeur GILBERT-DREYFUS
Monsieur le Professeur LAYANI
Monsieur le Professeur DEGOS.
Monsieur le Professeur RAVINA.
Monsieur le Professeur ALAJOUANINE
Monsieur le Professeur MOLLARET.
Monsieur le Professeur AUBIN.
Monsieur le Professeur DELAY.
Monsieur le Professeur ABOULKER.
Monsieur le Professeur VELTER.

A Monsieur le Docteur SORS,
Médecin assistant des Hopitaux de
Paris; Assistant d'anatomie patholo-
gique à la Faculté de Médecine
de Paris,

Il nous a aidé dans ce travail avec une
grande bienveillance,

Qu'il veuille bien trouver ici, le
témoignage de notre reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Pierre GENTY
Ancien interne des Hôpitaux de Paris;
Médecin Chef de l'hôpital de Moulins,

Qui nous a inspiré ce travail et nous a
aidé de ses conseils.

Pendant notre stage interné, il nous
a beaucoup appris et nous lui devons
un plus grand développement de notre
formation médicale.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre respectueuse sympathie et de
notre profond attachement.

A nos Maîtres des Hôpitaux de Moulins,

Monsieur le Docteur GENTY

Monsieur le Docteur GANNE

Monsieur le Docteur DE BOTTON

Monsieur le Docteur OLLIER.

Monsieur le Docteur ROUME

DOYEN HONORAIRE :

M. Baudoin

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Baudoin, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Gougerot (H), Guillaumin, Harvier, Laubry, Lemaître, Lemierre, Lhermitte, Lian, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquet, Mulon, Olivier, Ombredanne, Sannié, Sézary, Tanon.

DOYEN Léon BINET, Membre de l'Institut

ASSEESSEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	GASTINEL (P.)
Biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale	HUGUENIN (R.)
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	POLONOVSKI (M.)
(Hôtel-Dieu	BROCQ (P.)
Cliniques chirurgicales (Broussais ...	D'ALLAINES
(Salpêtrière ...	MONDOR (H.)
(Cochin	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de cardiologie	DONZELOT (E.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGCS (R.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux ...	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)
(Hôtel-Dieu ..	BENARD (H.)
(Bichat	LAROCHE (G.)
Cliniques médicales (Cochin	MOREAU (R.)
(Broussais ...	DE GENNES

MM.

Clinique médicale d'hydro-climatologie	
thérapeutique	JUSTIN-BESANCON (L.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR-VALLERY-RADOT (L.)
(Tarnier	LANTUEJOUL (P.)
Cliniques obstétricales (Baudelocque	LEVY-SOLAL (E.)
(Port-Royal	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique	ELTER (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)
Clinique physio-pathologique des problèmes	
alimentaires (chaire à titre personnel)	RICHET (C.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique rhumatologique	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie .	MOUQUIN (M.)
Histologie	CHAMPY (C.)
Hygiène et clinique de la première enfance .	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine du travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle	
médicale	GAILLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	N
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre	
personnel)	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)
Chaire de clinique médico-sociale du diabète	
sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRE DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

Anatomie	(DEBEYRE (J.)
	(DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	(GAUTHIER-VILLARS
	((Melle P.) Pr.s.ch.
	(BUSSE (F.)
	(GOUYGOU

Bactériologie	(FASQUELLE (R.) (NEVOT (A.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.) (ETTORI (J.) Pr.s.ch.
Chimie médicale	(JAYLE (M.F) Pr.s.ch. (SCHAPIRA (G.) DUPERRAT
Dermato-syphiligraphie	(BULLIARD (E.) Pr.s.ch.
Histologie	(COUJARD (R.) DEBRAY (C.)
Hydrologie	(BOYER (DEPARIS (M.)
Hygiène	(DEROBERT (L.) (HADENGUE (GAULTIER (M.)
Médecine légale	DAVID
Neuro-chirurgie	SEZE (S.de)
Neurologie	(GRASSET (J.) (LEPAGE (F.) (MAYER (M.) (MERGER (R.) (RAVINA (J.) (VARANGOT (J.) (MORIN
Obstétrique	(OFFRET (G.) (DESVIGNES (P.)
Ophtalmologie	JUDET
Orthopédie	(HALPHEN (E.) Pr.s.ch.
Oto-rhino-laryngologie	(AUBRY (MADURO (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.)
Parasitologie coloniale	CHABAUD (ABOULKER (P.) (BAUMANN (J.) (GOSSET (J.) (HUGUIER (J.) (LAURENCE (G.) (LEGER (L.) (OLIVIER (Cl.) (PADOVANI (P.) (LORTAT-JACOB
Pathologie chirurgicale	(POILLEUX (M.) (ROUX (RUDIER (J.C.) (VERNE (J.M.)
Pathologie chirurgicale	
Pathologie expérimentale	MERKLEN (P.)

MM.

	(BERNARD (J.)
	(BOWDIN (G.)
	(CASTAIGNE (P.)
	(CONTE (M.)
	(DECOURT (J.)
	(DOMART (A.)
	(DREYFUS (Gilbert)
	(FAUVERT (R.)
Pathologie médicale	(HAMBURGER (J.)
	(KOURILSKY (R.)
	(MILLIEZ (P.)
	(PERRAULT (M.)
	(RAMBERT (P.)
	(THIEFFRY (St.)
	(TURIAF (J.)
	(LAROCHE
	(PEQUIGNOT
	(LAMOTTE
Pédiatrie	(LAPLANE (R.)
	(MARIE (J.)
Pharmacologie	(LEVY (Mlle J.) Pr.s.ch.
	(CHEYMOL (J.H.) Pr.s.ch.
Physiologie	(BARGETON (D.) Pr.s.ch.
	(PARROT (J.L.)
Physique médicale	(DJOURNO (A.)
	(GOUGEROT (L.)
Phtisiologie	KREIS
Psychiâtrie	BARUK (H.)
Psychiâtrie infantile	MICHAUX (L.)
Stomatologie	(CHAPUT (Mme A.)
	(CERNEA
Puériculture	JOSEPH
Thérapeutique	PERRAULT
	chargé de l'ensei -
	gnement
Urologie	KUSS (R.)

III.- PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES
RAPPELES A L'EXERCICE
pour le service des examens

MM. BRINDEAU (A.) (Obstétrique), GATELLIER (J.) (Clinique chirurgicale), LE LORRIER (V.) (Obstétrique), VAUDESCAL (R.) (Obstétrique).

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

	MM.
Clinique chirurgicale	(AMELINE (A.) MENEGAUX (G.) PATEL (J.) SICARD (A.) BROUET (G.) CACHERA (R.)
Clinique médicale	(GARCIN (J.) HAGUENAU (M.) MARCHEL (G.) SOULIE (E.)
Clinique obstétricale	(DIGONNET (L.) EGALLE (G.)
Clinique ophtalmologique	RENART (G.)
Clinique urologique	COUVELAIRE (R.)

	MM.
Secrétaire de la Faculté	MOREL (J.)
Secrétaire Adjoint	Melle CHANTREUIL (G.)

Conservateur	Docteur HAHN (A.)
Bibliothécaires	M.DOUAN (G), Melles DUMAITRE (P), GOICHON (A.M), LE NOIR (G.), METIN (F.)

Par délibération en date du 9 Déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

I N T R O D U C T I O N

Pendant notre stage interné à l'hôpital de Moulins, nous avons eu l'occasion d'observer chez une femme un cas de tumeur bronchique secondaire à une tumeur rénale.

Quelques recherches bibliographiques nous ont montré le nombre limité des cas publiés. Nous avons relevé, dans les revues et livres compulsés, 10 cas de tumeurs secondaires avec atteinte bronchique confirmée.

Notre observation personnelle nous semble intéressante par l'absence de tout signe fonctionnel d'orientation, et la découverte simultanée des tumeurs rénale et bronchique. Seuls, les signes généraux (Pyrexie, amaigrissement, asthénie) qui duraient depuis quelques mois, ont poussé la malade à consulter.

Nous avons donc pensé, sur les conseils de Monsieur le Docteur GENTY, faire notre thèse à partir de ce cas qui sera complété par une seconde observation inédite due à l'obligeance de Monsieur le Docteur SORS (et Monsieur le Docteur JOUVENT).

-:-:-:-:-

GENERALITES

Si le cancer bronchique est connu depuis fort longtemps, ce n'est pratiquement qu'à partir de 1932, que s'individualise nettement le problème du cancer secondaire des bronches à forme primitive ; et cette date correspond, en fait, à l'essor de la bronchoscopie.

En effet, si le cancer broncho-pulmonaire avait été bien isolé par Bayle et Laënnec, comment pouvait-on reconnaître qu'une tumeur, simulant parfaitement un cancer primitif bronchique, était en fait secondaire à une autre tumeur ? Il fallait l'aide de l'anatomo-pathologie ; et l'examen des crachats pour la recherche des cellules néoplasiques n'étant pas suffisante, surtout vers la période de 1932, la biopsie, possible que par la bronchoscopie, était indispensable.

Ce dernier examen constitue en fait la seule méthode diagnostique pouvant affirmer l'existence d'une tumeur bronchique. Ses échecs sont très rares, et ne se rencontrent que dans les cas où la lésion est située au delà de la limite topographique accessible à la vision endoscopique. Cela représente 3 à 5 % des cas. On examine alors les secrétions bronchiques prélevées in situ afin de trouver des cellules cancéreuses.

Donc, étant donné le rôle dévolu à la bronchoscopie, c'est grâce à son essor qui remonte vers 1931-1932 que les tumeurs bronchiques secondaires à forme primitive viennent à l'ordre du jour.

Cependant, il faudra attendre jusqu'en 1950 pour qu'une première thèse soit faite sur le cancer secondaire des bronches. Avec celle de Madame Lancoote publiée 4 ans après sur le même sujet, elles attirent l'attention sur la relative fréquence de ces tumeurs secondaires et essaient d'en dégager une clinique commune afin de pouvoir les dépister précocément.

Le diagnostic précoce est, en effet, extrêmement important ; car nous sommes à l'ère où les interventions chirurgicales sur certaines métastases sont réalisables. Le plus bel exemple, et nous aurons l'occasion d'en parler plus longuement, est la malade de Barney qui présente une survie de 12 ans

après néphrectomie et lobectomie pour métastase.

D'autre part, ces tumeurs bronchiques secondaires posent d'autres problèmes, en particulier, celui de l'origine des métastases.

Nous verrons à ce sujet que l'explication de leur origine à partir de la théorie cellulaire n'est pas toujours satisfaisante.

Le plan de notre travail fait uniquement sur les cancers bronchiques secondaires aux tumeurs du système excréto-urinaire sera le suivant :

- Historique.
- Observations personnelles et celles relevées dans la littérature.
- Etiologie.
- Etude clinique et examens para-cliniques.
- Méthode diagnostiques.
- Pathogénie.
- Traitement.
- Conclusion.

-:-:-:-:-:-:-:-

HISTORIQUE

Si le Cancer est une maladie fort anciennement connue, - les plus vieux écrits de l'Egypte et de l'Inde le signalent, et Hyppocrate en donne une description de différentes variétés - par contre le cancer broncho-pulmonaire reste fort longtemps méconnu.

Bien qu'Agriola, vers 1500 ait décrit une maladie chronique du poumon atteignant les mineurs du Schneeberg (Saxe) pour les conduire à la mort à l'âge moyen - que Morgagni en 1761 parla d'un "Ulcus cancrosum" découvert à l'autopsie des poumons d'un malade mort de suppurations hémoptoïques - et que Corvisart, le 4 Ventose de l'An IX ait fait une description clinique et anatomique d'un cancer bronchique qu'il ne rattacha d'ailleurs pas à son origine, ce ne fut qu'en 1810 que Bayle affirma l'existence, au niveau des poumons, de lésions cancéreuses qui constituaient "une sixième espèce de phtisie pulmonaire" (Recherches sur la phtisie pulmonaire).

En fait, ce fut le grand Laënnec qui, dans son "traité d'auscultation médiate" en 1819, isola les encéphaloïdes du poumon et en donna une description clinique et anatomo-pathologique remarquable - Tous les travaux du XIX^e siècle ne firent que parachever la description.

C'est ainsi qu'on peut signaler les travaux de Harting et Hesse qui, en 1878, individualisèrent le Cancer du Schneeberg - de Claisse en 1899 qui proposa la radiographie et l'étude histologique des crachats comme méthode diagnostique.

Déjà, vers cette époque, on pensait à l'appoint des examens paracliniques dans le diagnostic des tumeurs broncho-pulmonaires puisque, à la suite de Claisse, Chevallier. Jackson en 1917 proposait la bronchoscopie ; et Sicard et Forestier, en 1922, montraient l'intérêt des bronchographies lipiodolées. Mais les principaux travaux de l'après guerre étaient principalement des études cliniques et nous devons signaler les noms de Mademoiselle Cottin, de Messieurs Cramer et Salloz, Rist et Rolland, Roussy et Huguenin, Roubier, Olmer, Amenille, Sergent et ses élèves, Huguenin avec sa thèse sur le Cancer primitif du poumon.

La notion de tumeur secondaire au niveau de l'appareil broncho-pulmonaire est relativement récente, puisqu'elle a été posée pour la première fois par Marchiafava en 1873 en distinguant le cancer secondaire du Cancer primitif broncho-pulmonaire. Avec la communication de Maurice Raynaud et Hillaret en 1874 à la société médicale des Hôpitaux de Paris et la thèse classique de Troisier se trouve bien posé la notion de cancer secondaire broncho-pulmonaire, mais dans sa forme classique, multinodulaire parenchymateuse. Ces travaux sont complétés par ceux de Troisier et Letulle, Menetrier et Bard, Loeper et Turpin.

Ce n'est que par la suite que Chevallier-Jackson, Muller Kirwath, Strilding, puis Sergent et son école démontrent l'origine bronchique de la plupart des cancers broncho-pulmonaires.

Et en 1932, Vorzimer et Perla décrivent pour la première fois une atteinte bronchique lors d'une métastase pulmonaire. Il s'agissait d'un adamantinome avec métastase pulmonaire et lésions des parois bronchiques. Toujours la même année, Hitz et Oesterlin signalent une métastase au niveau des bronches, secondaire à des papillomes multiples du Larynx.

Ce sont ces quatre derniers auteurs qui, avec Vinson et Marten, posent, en fait, le problème du cancer secondaire des bronches dont l'étude est facilitée par l'essor de la bronchoscopie vers la même période. On voit alors publier de nombreuses observations : Ribadeau Dumas signale une greffe bronchique lors d'un cancer de l'oesophage. Clerf, en 1934, décrit une tumeur métastatique de type mélanome. Et il est un des premiers à avancer des arguments histologiques valables.

La même année, Zalka publie un cas de métastase bronchique secondaire à un cancer du larynx.

Mais en France, c'est surtout à partir de 1936 que le problème du cancer secondaire des bronches est étudié de façon conséquente. Huguemin et Huet, en collaboration avec Mademoiselle Boucabeille signalent une observation clinique et anatomique d'un cancer bronchique secondaire dont la symptomatologie est celle d'un cancer primitif.

Puis les observations se multiplient, à l'étranger comme en France : Maytum et Vinson en Janvier 1936, en publient avec des résultats opératoires. Bosse, en faisant l'autopsie d'un malade atteint de métastases pulmonaires après dysembryome du testicule, parle de petits nodules dans la lumière bronchique. En 1941, Raine signale un cas d'obstruction bron-

chique par métastase d'un cancer du sigmoïde et en 1942, Friedlander et Greenfield en publient deux simulant un cancer primitif des bronches.

Ce n'est qu'à partir de 1944 que nous pouvons retrouver une observation intéressant directement notre sujet : il s'agit d'une métastase bronchique secondaire à un papillôme malin de la vessie.

Puis suivent en 1947-1948 les observations de Bariety et Paillas, Lopo de Carvalho, Lemoine et Rose, Even et Lecoeur sur les métastases endo-bronchiques à symptomatologie de tumeurs bronchiques primitives. Parmi ces observations, nous en retrouvons deux de Bariety et Paillas sur des tumeurs secondaires à des cancers rénaux.

Enfin, dans les thèses de Dispan de Floran (1950) et de Madame Larocq (1954) nous retrouvons dans chacune d'elles, deux cas de tumeurs bronchiques secondaires à un cancer du système excréto-urinaire (sans compter les 2 observations de Bariety et Paillas reprises dans la thèse de Dispan de Floran).

L'historique du traitement de ces tumeurs est essentiellement chirurgical. Le début en remonte à 1855 avec Sedillot en France et 1898 avec Gerulanos qui, en Allemagne réséqua du poumon sous-jacent à une tumeur de la paroi thoracique.

Mais pratiquement, c'est vers 1927-1928 que certains auteurs comme Divis, Edwards, Bompus, suppose l'exérèse chirurgicale possible dans les cas de métastases pulmonaires.

Ces travaux ont été rendu possible grâce à la mise au point des pneumectomies pour cancer primitif et à laquelle se rattachent les noms de Archibald, Alexander, Crafoord (Suède) et surtout Overholt à qui l'on doit la compréhension exacte des problèmes chirurgicaux du cancer primitif des bronches. En France, nous citerons les noms de Monod et Bonniot, Santy et Dargent, Rolland, Maurer, Sauvage et Mathey qui rapportent des résultats favorables de pneumectomies totales.

En 1944, une observation de Barney et Churchill montre une survie de 12 ans après nephrectomie et lobectomie. En 1946, Tinney et Mac Donald, puis Flicker, un an après, publient leurs résultats concernant les tentatives de résection des tumeurs secondaires bronchopulmonaires.

Mais en 1947, Alexander et Haight font une mise au point chirurgicale en rapportant les résultats de la totalité des cas publiés : 24 avec 12 succès apprenants, complétés en 1950 par la thèse d'Eschapasse.

Depuis, de nouveaux rapports exposant les résultats d'ablation de tumeurs secondaires broncho-pulmonaires ont été fournis par Santy, Berard et Galy à Lyon, Sauvage et Olivier Monod, Seiler et Clagett aux Etats-Unis.

-:-:-:-:-

OBSERVATIONS

Au cours de nos lectures bibliographiques, nous avons constaté combien il était rare qu'une tumeur bronchique soit la première manifestation d'un cancer ignoré. En général le malade a subi quelque temps auparavant une intervention chirurgicale pour un néoplasme du système excréto-urinaire ; ou bien on découvre cliniquement une masse rénale. L'association de ces signes à une symptomatologie pulmonaire fait alors soupçonner une tumeur broncho-pulmonaire.

C'est pour cela qu'il est indispensable d'être averti des modalités de début de ces tumeurs, afin de pouvoir mieux les dépister et les traiter.

Pour essayer de dégager une idée clinique la plus exacte possible, nous nous aiderons des modes de début des tumeurs bronchiques secondaires aux cancers du système excréto-urinaire parues dans les thèses de Dispan de Floran et Madame Lanoote. Ce qui, avec nos deux observations, fera 8 cas au total.

Nous exposerons en détail nos deux observations qui sont inédites, et nous ferons un bref résumé de celles qui ont parues dans les deux autres thèses en indiquant exactement leurs origines.

Observation n° 1

Madame B... Anne âgée de 60 ans est adressée à Monsieur le Docteur Genty en novembre 1953 pour une pyrexie qualifiée de mystérieuse par les différents médecins qui furent appelés à l'examiner ; ce qui eut pour fâcheuse conséquence - devant la négativité de toutes les explorations radio-logiques digestives pratiquées jusqu'à ce jour, après l'emploi de toute la gamme des antibiotiques essayés sans succès - l'extraction de toutes ses dents, conseillée en dernier ressort par un consultant appelé à trancher ce problème difficile.

Et c'est ainsi que nous nous trouvons aujourd'hui en présence d'une femme édentée, amaigrie, et rendant responsable de son asthénie et de son amaigrissement, la difficulté d'alimentation résultant des nombreuses extractions que ne compense même pas une prothèse remise à des jours meilleurs.

Toujours fébrile, elle vient une fois de plus de changer de médecin. Le début de ses troubles, difficile à préciser en raison de leur insidiosité remonte au début de l'année 1953 où, pour une fatigue intense, et persistante, elle consulte pour la première fois au mois de février, et c'est à cette occasion qu'est découvert l'état fébrile qui persiste depuis lors : température se maintenant aux environs de 37° 5 le matin - 38° 2 le soir - quelque'aient été les différents traitements antibiotiques entrepris.

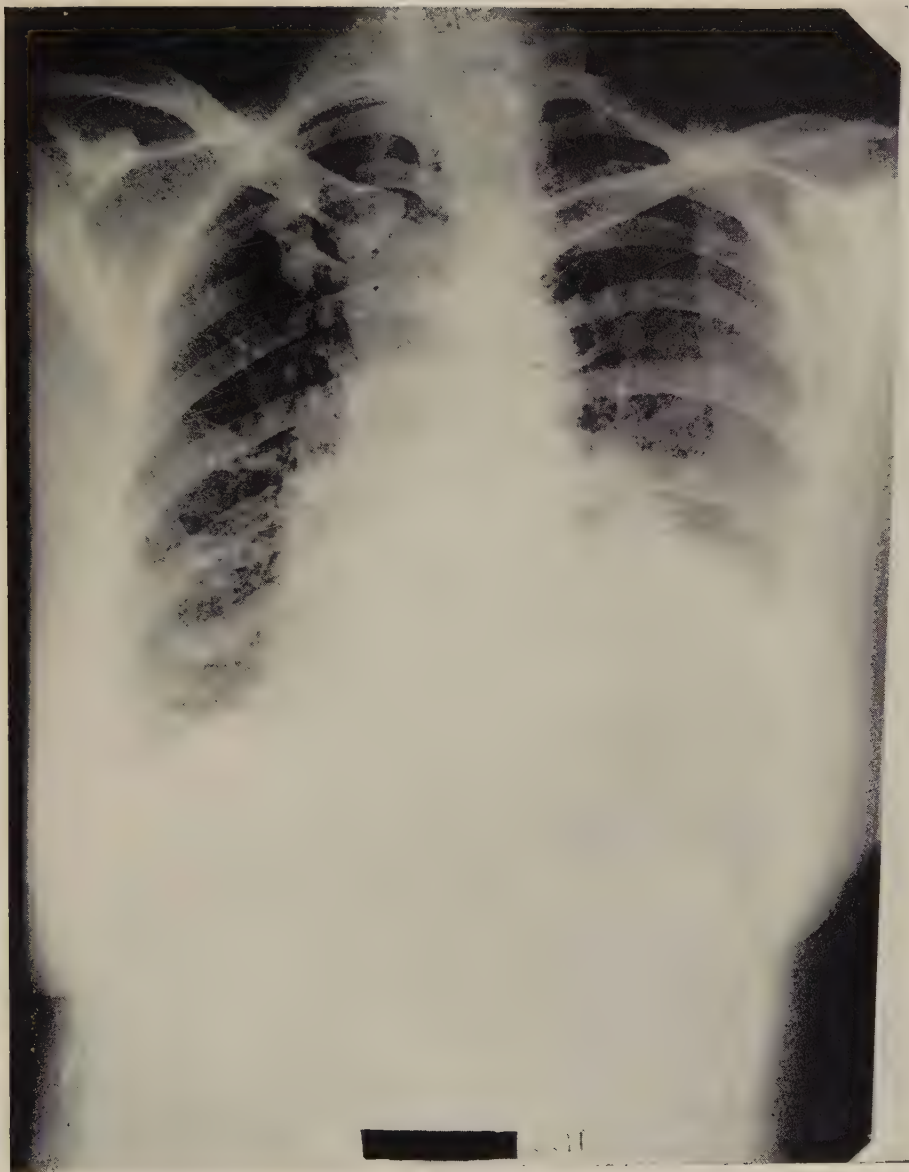
En Juin, elle perd son mari et restera trois mois insouciante de son état, renonçant à tout contrôle thermique. Sous la pression de ses enfants, elle se décide à consulter à nouveau en Septembre ; et les enquêtes médicales reprennent avec une acuité nouvelle. Les examens de laboratoires, les enquêtes radiologiques digestives se succèdent sans que l'état fébrile perde de son caractère mystérieux qu'aucun fait précis ne vient orienter.

Asthénie et amaigrissement résument toutes les données de l'interrogatoire. L'examen général de cette grande amaigrie (elle a perdu 15 Kg environ) et par là même facilement exploitable, met en évidence comme seul fait objectif un gros rein droit au pôle inférieur fortement abaissé, et dont le caractère de fixité évoque la nature cancéreuse.

L'examen radioscopique thoracique, pratiqué systématiquement, révèle une ombre pulmonaire paracardiale gauche qui, se dégageant en oblique antérieur gauche, évoque par sa topographie et son aspect une condensation rétractile de sténose bronchique.

C'est dans ces conditions que la malade est hospitalisée en vue de pratiquer des examens complémentaires urographique et bronchoscopique qui devaient apporter la solution de ce prétendu mystère. Malheureusement, cette mise en observation de trois jours, durée maxima consentie par la malade et sa famille, vient expliquer quelques lacunes d'un bilan que nous aurions voulu plus complet.

Du point de vue rénal, si l'examen cytobactériologique des urines ne devait apporter aucun renseignement intéressant (absence d'hématies ; absence de pyurie) l'urographie intra-



OBSERVATION N° 1
Radio prise en léger O.A.G.

veineuse devait confirmer la présence d'une tumeur rénale en montrant un calice supérieur droit désaxé, étiré et irrégulier avec image de défaut de son pied et de la partie adjacente du bassinnet qui apparaît encoché.

De l'examen hématologique, retenons l'absence d'anémie (globules rouges : 4.600.000 ; Hémoglobine : 87 % ; valeur globulaire : 0,93), l'absence d'hyperleucocytose (globules blancs : 7.300), mais une polynucléose neutrophile à 78 %.

Le cliché pulmonaire permettait de dégager en oblique antérieur gauche une opacité dense, irrégulièrement arrondies, juxta-hilaire, mais moins typiquement zonaire que celle qui avait été antérieurement constatée en scopie. La bronchoscopie pratiquée par le docteur Lefèvre, permet de mettre en évidence une sténose à peu près complète de l'orifice de la lobaire inférieure ; il ne reste qu'une fente transversale. De plus, à ce niveau, la muqueuse est irrégulière, bourgeonnante, très facilement hémorragique. Une biopsie a été pratiquée ainsi qu'un badigeonnage à l'adrénaline. Le reste des bronches est normal.

Ainsi se trouvait posé le diagnostic de tumeur rénale et de tumeur bronchique associées ; mais sans qu'il soit possible, par les seules données cliniques, radiologiques et bronchoscopiques de fixer le siège de la tumeur primitive. C'est l'examen anatomo-pathologique pratiqué par Monsieur le Docteur SORS qui devait nous fixer à ce sujet puisque le compte rendu nous indique que les fragments prélevés par biopsie sont constitués par les éléments d'une prolifération épithéliale maligne. Celle-ci se présente alternativement en nappes de cellules claires et de cellules plus acidophiles, proliférant au sein d'un granulôme très dense. Ça et là, certaines cellules sont véritablement monstrueuses, à noyaux polylobés ou en mitoses. C'est là l'image histologique d'un épithélioma secondaire, telle qu'on l'observe dans les tumeurs secondaires d'origine rénale. Cette opinion fut partagée par Monsieur le Professeur J. Delarne à qui la coupe a été soumise.

Observation n° 2, due à Monsieur le Docteur SORS (et à Monsieur le Docteur Jouvent).

Agé de 50 ans, Monsieur C... est pensionné en 1945 pour une dilatation des bronches qui serait survenue après une déportation en Allemagne. Il tousse beaucoup et présente une expectoration muco-purulente très importante, accompagnée

même parfois de crachats hémoptoïques.

L'apparition de véritables hémoptysies vers le mois d'Octobre 1950, commence à inquiéter le malade. Son expectoration devient alors de plus en plus abondante et franchement purulente. Son état général décline, il perd son appétit, maigrit, devient asthénique et présente un état fébrile permanent (37° 4 le matin ; 38° 3 le soir). De plus, le malade accuse un point de côté gauche qui le gêne beaucoup.

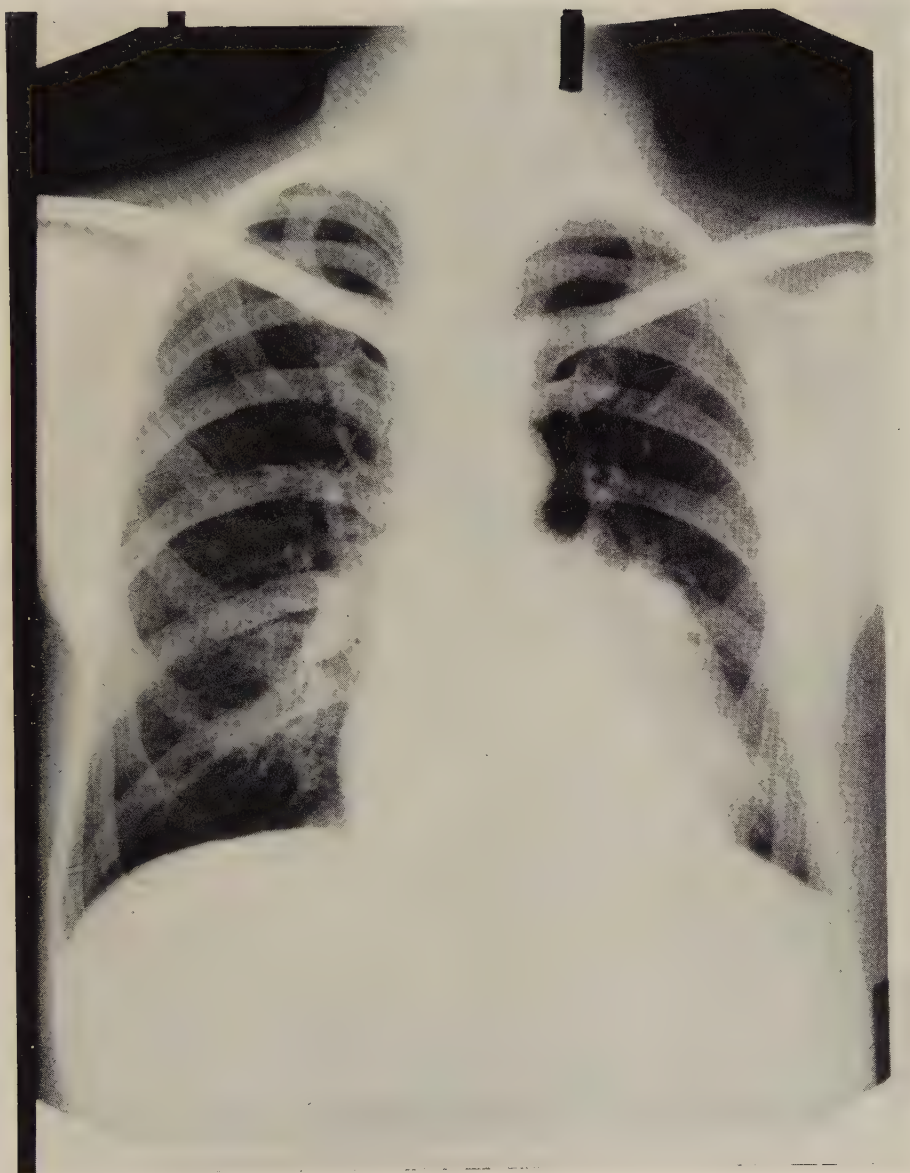
Tous ces signes vont en s'accroissant et le malade est obligé d'arrêter son travail en Janvier 1951. Il est alors envoyé à l'hôpital Ambroise Paré où il reste une dizaine de jours. Sur les caractères de son expectoration, de son hippocratisme digital est porté le diagnostic de bronchectasie pour laquelle il est traité par les anti-biotiques. Les clichés faits à cette époque semblent n'avoir montré aucune image suspecte ayant attirée l'attention. Mais il ne nous a pas été donné de les voir.

Monsieur C... revient chez lui sans qu'aucune amélioration notable ne se manifeste, bien au contraire. L'amaigrissement, le point de côté, la fièvre persistent. C'est alors qu'il est vu par Monsieur le Docteur Sors qui, devant l'anamnèse de la maladie, pense à un cancer et demande des clichés pulmonaires (24 Mai 1951). Leur examen révèle une opacité para-cardiaque gauche importante, à contours réguliers, arrondis, mais sans rétraction apparente. Cette image s'étale sur presque toute la hauteur cardiaque. De profil, il semble que l'opacité soit retrocardiaque, située à la partie moyenne du lobe inférieur. C'est une opacité ovoïde à contours réguliers, haute d'environ 8 cm, large d'environ 5 cm.

Devant une telle image radiographique, une bronchoscopie est demandée. Pratiquée par le Docteur Rose, elle révèle une tumeur dont la biopsie montre qu'elle est constituée de cellules claires à noyaux excentrés, ressemblant typiquement à un néoplasme rénal à cellules claires.

Ainsi, cet examen complétait ce que la clinique avait permis de sentir : une masse dans la région lombaire gauche. Un examen des urines ne montre rien d'anormal. Une urographie est alors demandée (le 5 Juin 1951). On constate, au niveau du rein gauche un bassinot amputé avec défaut d'imprégnation du système caliciel et refoulement en dehors du calice supérieur.

Ainsi se trouve confirmée la tumeur rénale primitive vers laquelle avaient orientée les résultats cliniques et radiologiques.



OBSERVATION N° 2



OBSERVATION N° 2

Profil gauche

On ne peut envisager un traitement chirurgical, car l'état du malade est déplorable. Il continue à maigrir malgré la perte de 25 Kg en 6 mois. Et depuis le mois de Juillet, il est grabataire.

Le malade subit alors de nombreuses transfusions. Mais, il finira par succomber dans des douleurs atroces (dûes vraisemblablement à des métastases osseuses) en Janvier 1952.

Observations n° 3 - Relevée dans la thèse de Madame Lanoote.

Agé de 52 ans, Monsieur R... néphrectomisé en 1947, fait une récurrence tumorale sur sa cicatrice en 1950.

En Décembre 1950, il vient consulter pour :

- Hémoptysie.
- Expectoration de fragments tumoraux.
- Paralysie récurrentielle gauche.

Le 14 Avril 1951, bronchoscopie par le Docteur Roujeau. Elle montre une bronche souche gauche obstruée par une tumeur lisse sur laquelle on fait une biopsie.

On constate à l'examen de la biopsie qu'il s'agit d'un épithélioma glandulaire avec des formations végétantes et qu'il peut bien comme le fait penser la clinique s'agir d'un épithélioma rénal surtout acidophile, forme tubulo papillaire.

Le malade présente en outre, une opacité rétractile du poumon gauche. Il sera soigné médicalement et par radiothérapie, mais finira par succomber le 6 Mai 1952, après une amélioration transitoire.

Observation n° 4 - Relevée dans la thèse de Madame Lanoote.

Monsieur D... 63 ans, présente à un examen systématique en Juillet 1949 une opacité polycyclique dans le champ pulmonaire gauche. Recherche de BK négative.

Signe clinique : Douleur thoracique n'inquiétant pas le malade.

En Avril 1951, malade opéré d'une tumeur de la vessie dont la structure est typiquement celle d'un épithélioma paramalpighien de type excréto urinaire.

A cette époque, le malade présente outre ses douleurs une toux persistante et des crachats hémoptoïques.

En Décembre 1951, extension de l'opacité pulmonaire. On pense à un cancer des bronches. La bronchoscopie est négative mais l'examen des sécrétions bronchiques montre des cellules tumorales de type indéterminé.

Lobectomie supérieure gauche. L'examen de la pièce montre un épithélioma paramalpighien de type excréto-urinaire.

Mais récidives pulmonaires et à la paroi et le malade est hospitalisé en Décembre 1953 en très mauvais état.

Observation n° 5 - Relevé dans la thèse de Monsieur Dispan de Floran.

Monsieur Z... 57 ans est néphrectomisé en 1937 pour un cancer à cellules claires.

En 1946, au cours d'un dépistage systématique, opacité arrondie dans la région du poulmon droit.

En 1947, douleur aigue dans la région dorsale ; bon état général.

Le 15.1.1947, Bronchroscopie : bourgeons dans la bronche lobarie inférieure droite. La biopsie montre un cancer à cellule claire de type rénal. Mais l'état général décline et le malade meurt en Août 1947.

Observation n° 6 - (Thèse de M. Dispan de Floran).

Femme de 39 ans néphrectomisée à droite pour cancer à cellule claire en Juillet 1938.

Juillet 1940 : Douleur thoracique.
dyspnée nocturne.
toux et hémoptysies.

Bronchoscopie : Tumeur dans la bronche lobaire supérieure gauche.

Biopsie : Métastase du cancer rénal.

Pneumonectomie et 8 ans après, la nephrectomie
la malade est en excellente santé.

Observation n° 7 (Thèse de M. Dispan de Floran).

Un malade de 53 ans nephrectomisé à gauche en 1941 pour un cancer à cellules claires.

En Mai 1946 : toux.

Douleur thoracique.

Température à 39°.

On pose le diagnostic de pneumonie droite. Amélioration par les antibiotiques.

En Juillet 1946, opacité radiologique triangulaire bien limitée dans le lobe supérieur droit.

En Octobre, l'ombre se densifie.

Bronchoscopie le 21 Octobre, négative.

Pneumectomie droite. L'examen de la pièce montre un cancer à cellule claire de type rénal. Mais Pronostic général très mauvais.

Observation n° 8 (Thèse de M. Dispan de Floran).

Madame G., 60 ans. Hématurie violente en 1944.
Néphrectomisée pour tumeur du rein droit : cancer à
cellules claires.

Hiver 1946-1947 : deux épisodes fébriles avec toux diagnostiquée broncho pneumonie, puis dyspnée, rapidement intense. La température oscille quotidiennement entre 37 et 39.

Radiographie : Opacité arrondie juxta médiostinale droite.

Bronchoscopie le 20 Mai 1947 : bourgeons dans la bronche gauche droite après l'orifice lobaire supérieur .

Biopsie : Epithélioma à cellules claires.

ETIOLOGIE

D'après ces huit observations, nous constatons que les tumeurs bronchiques secondaires surviennent le plus souvent dans la seconde moitié de la vie. En effet, à l'exception d'une observation (n° 6) où on découvre la tumeur à l'âge de 39 ans, toutes les autres surviennent chez des malades âgés de plus de 50 ans. Cette donnée correspond bien à la notion classique de l'âge dans les cancers.

D'autre part, nous voyons que, rarement, la tumeur bronchique est découverte avant le cancer primitif. Nous constatons ce cas dans l'observation n° 4 bien que pendant près de deux ans, on recherche une tuberculose.

Par contre, la découverte simultanée des deux tumeurs bronchique et rénale est relativement plus fréquente comme le montrent nos deux observations inédites (observations n° 1 et 2).

Mais la plupart du temps, la découverte de la tumeur bronchique survient plusieurs années après celle du cancer primitif. Cette longue latence qui avait déjà été mentionné par Messieurs Bariety et Paillas dans leur communication à la société médicale des Hôpitaux de Paris, se retrouve dans toutes les autres observations (n° 3, 5, 6, 7 et 8) où nous constatons des périodes allant de 2 à 9 ans entre la découverte des deux tumeurs.

Enfin, nous pouvons remarquer la relative fréquence des tumeurs bronchiques secondaires chez la femme contrairement aux tumeurs bronchiques primitives qui atteignent en moyenne trois hommes pour une femme. Dans les observations précitées, nous retrouvons 3 femmes atteintes de cancer bronchique et secondaire sur 8 cas, soit 37,5 %.

Evidemment, notre démonstration statistique n'est pas très convaincante à cause du petit nombre de cas, mais elle tend à confirmer ce qui avait déjà été observé dans les thèses de Dispan de Florian et de Madame LANOCTE.

CLINIQUE

La première de nos observations, inédite est intéressante du fait de l'absence totale de signes d'orientation et de la simultanéité de découverte des deux tumeurs rénale et bronchique. En effet, seuls trois faits avaient attiré l'attention : la pyrexie, l'asthénie et l'amaigrissement.

Ces symptômes généraux, valables pour n'importe quel cancer se retrouvent rarement seuls. Cependant, nous devons remarquer que, dans 4 observations (n° 3, 4, 5 et 6) on ne signale pas les signes généraux.

Dans toutes les observations citées, on trouve des symptômes qui attirent l'attention sur le poumon et, en premier lieu, la douleur thoracique. C'est une douleur qui est, en général, sourde, continuë, pas très intense au début puisque, dans certains cas (observation n° 4) elle n'inquiète pas le malade. Cependant, c'est un signe assez fidèle car nous le retrouvons dans six cas (observations n° 2, 3, 4, 5, 6 et 7).

D'une égale fréquence est la toux, sèche ou expectorante, mais toujours persistante malgré les traitements symptomatiques mis en oeuvre. Cette toux, résistant aux sédatifs, inquiète assez souvent le malade, et le fatigue : elle éveille toujours l'attention du médecin. Nous la retrouvons six fois dans les observations précédentes.

La toux est rarement un symptôme isolé, et à chaque fois ou presque, elle est accompagnée d'une expectoration. Souvent abondante, elle est mucopurulante ou même franchement purulente du fait d'une infection secondaire des bronches. On avait pensé qu'elle pouvait expliquer la fièvre. Mais il est actuellement prouvé que la fièvre est indépendante de l'infection. Et dans notre observation n° 1 la formule sanguine ne montre pas d'hyperleucocytose, (Cependant, nous devons noter une légère polynucléose), malgré une fièvre persistante. Nous ne connaissons pas la flore microbienne de cette expectoration car nous n'avons pas d'examen des crachats, mais tout laisse à penser, étant donné qu'il s'agit d'une surinfection, que cette flore est banale.

Un signe important, car il attire l'attention et inquiète immédiatement le malade, est l'hémoptysie. Mais ce signe n'est malheureusement pas extrêmement fréquent. Et nous ne la retrouvons que dans trois cas seulement : observations n° 2, 3 et 6.

Un signe qui a la même importance que l'hémoptysie est le crachat hémoptoïque. Nous le retrouvons dans un cas (observation n° 4). Par conséquent, la présence de simples crachats hémoptoïques qui ont la même signification qu'une hémoptysie, doit faire mettre en oeuvre tous les moyens d'investigation pour en trouver la cause.

Ce sont là, en nous basant sur les observations cliniques que nous avons pu trouver, les signes principaux et fréquemment rencontrés. Cependant, deux signes indiqués dans les thèses de Dispan, de Floran et Madame Lanote ne sont pas mentionnés dans les observations précitées. C'est le wheezing qui n'est pas signalé, et la dyspnée qui elle, est signalée comme signe de début dans une observation seulement (observation n° 6).

De cette clinique, nous pouvons constater la multiplicité des modes de début qui sont parfois très peu caractéristiques. A cet égard, notre première observation est particulièrement intéressante puisque seule une pyrexie avec asthénie et amaigrissement ont attirés l'attention. Dans un autre cas non moins intéressant c'est un examen systématique qui met en évidence une opacité pulmonaire quelques mois avant la découverte de la tumeur primitive. Dans ce cas cependant, il y avait un signe objectif : la douleur thoracique, peu intense, qui n'inquiétait pas le malade (observation n° 4). Ainsi donc tous signes fonctionnels ou généraux qui ne font pas leur preuve doit faire déclencher des recherches systématiques afin de trouver la cause. Et chez tout malade, en particulier chez un ancien cancéreux, l'exploration pulmonaire et bronchique doit occuper une place importante.

En conclusion de ce chapitre, il nous faut bien constater que la clinique n'a pas un caractère véritablement particulier. Elle n'indique en rien la nature secondaire de la tumeur qui se présente en effet comme une tumeur primitive des bronches. Il faudra donc recourir à un complément diagnostique pour affirmer la nature secondaire de la tumeur bronchique.

EXAMENS PARACLINIQUES

La radiologie est le premier examen indispensable. Les images qu'elle montre sont, dans la plupart des cas celles que l'on rencontre au cours de l'évolution des épithéliomas primitifs. Il s'agit le plus souvent d'une condensation lobaire ou segmentaire, rétractée témoignant des troubles de la ventilation, de la circulation et de la sécrétion, déterminés par l'obstruction bronchique. Notre malade, dans l'observation n° 1 présente, ainsi que nous pouvons le voir sur le cliché, une image de condensation rétractée du lobe inférieur gauche. Cependant dans l'observation n° 2, nous ne retrouvons pas la rétraction et nous ne notons qu'une condensation.

Il nous faut remarquer que, dans nos deux observations inédites (n° 1 et 2) les images que nous voyons sont rétrocardiaques. De ces deux cas nous ne pouvons rien déduire sauf cependant la grande utilité des profils et des obliques dans le dépistage des tumeurs bronchiques.

La bronchoscopie, / est le second temps des examens paracliniques. Mais en fait il en est le temps essentiel puisqu'il permet de rattacher le syndrome pulmonaire à sa cause immédiate et de faire une biopsie. Les aspects endobronchiques se superposent là encore exactement à ceux du cancer primitif des grosses bronches. C'est ainsi que l'on peut constater une ou plusieurs végétations saignantes ou lisses ; ou bien encore une muqueuse figée, épaissie, irrégulière et hémorragique.

METHODES DIAGNOSTIQUES

Il est évident que, munis uniquement des signes cliniques dont l'analyse a été faite dans un chapitre précédent, et même avec la notion d'un cancer rénal indiscutable, il est impossible de poser un diagnostic ferme de tumeur bronchique secondaire à forme primitive.

Il faut donc nous assurer qu'il y a une tumeur bronchique et déterminer sa structure histologique afin d'établir sa filiation avec une tumeur du système excréto urinaire.

Par conséquent, après un examen clinique approfondi qui nous fait soupçonner une tumeur broncho pulmonaire, et c'est là, à notre avis, le temps essentiel de toute recherche médicale, après la radiographie pulmonaire simple, c'est à la bronchoscopie que nous devons demander la confirmation de l'examen clinique et radiologique.

Tous les diagnostics posés dans les observations pré-citées l'ont été grâce à la bronchoscopie. C'est dire l'importance que prend cet examen, d'autant plus qu'il permet le prélèvement biopsique ; et quand celui-ci est impossible, ce sont les sécrétions bronchiques qui permettent dans une certaine mesure, de combler cette lacune.

Mais, ainsi que nous l'avons dit précédemment, les cas où la bronchoscopie biopsique n'est pas possible ne dépasse guère 3 à 5 % des cas. Par conséquent, il faut insister sur l'importance de cet examen qui ne comporte, pratiquement, aucun danger et qui permet de dépister précocement des tumeurs bronchiques.

Mais il y a d'autres méthodes diagnostiques qu'il nous faut signaler. C'est la bronchographie lipiodolée qui permet de voir s'il y a un obstacle bronchique, mais n'en fait pas connaître l'origine. C'est actuellement une méthode très peu usitée.

On peut également poser le diagnostic de tumeur bronchique par l'examen cytologique des crachats, bien que certains auteurs comme Sacles et Huguenin l'ait jugé impossible. En effet, Monsieur le Professeur J. Delarue au premier congrès de biologie clinique a mis au point, avec le Docteur Paillas, la question du

diagnostic cytologique par l'examen des crachats ; et il rappelle qu'il faut utiliser des crachats frais afin d'éviter l'autolyse et la pullulation microbienne qui rendraient la lame méconnaissable.

D'ailleurs, l'opinion selon laquelle on pouvait, de cette façon, faire un diagnostic de tumeur bronchique est assez ancienne. En effet, dès 1891, Ehrlich constatait la présence de cellules tumorales dans les crachats et montrait l'intérêt de cette méthode qui présente vraisemblablement un gros intérêt. Si on en juge d'après les statistiques de Wandall publiées en 1944 et portant sur 100 malades, nous constatons que le diagnostic de tumeur bronchique est posé dans 55 % des cas par bronchoscopie et biopsie ; dans 82 % des cas par l'examen des crachats ; dans 94 % des cas avec les deux méthodes associées. L'auteur ne signale que 3 à 4 % d'erreurs.

Mais tous ces examens aboutissent au même résultat : trouver un fragment de tissu à soumettre à l'anatomo-pathologiste qui en dernier ressort, pose le diagnostic étiologique. Il est bon de faire remarquer les difficultés que présente l'examen d'un fragment biopsique, difficultés d'orientation et aussi d'interprétation qui, parfois, est bien délicate.

-:-:-:-:-

PATHOGENIE

Comme toutes les tumeurs secondaires, le cancer secondaire des bronches pose un problème pathogénique.

L'envahissement de la bronche peut, en effet, se faire selon trois modes :

- la propagation par continuité, en tache d'huile
- effraction, par un bourgeon, de la paroi bronchique sans cancérisation de celle-ci, du moins du début
- développement de la métastase, dans le tissu bronchique.

C'est ce dernier cas qui nous intéresse principalement ici et nous constatons, à ce sujet, que le développement de la métastase peut se faire :

- par voie lymphatique
- par voie sanguine
- par voie canaliculaire

Par conséquent, la greffe cancéreuse ne pourra se faire que sur des organes reliés à la tumeur mère par une de ces voies. Donc l'origine de la métastase semble simple à première vue : une cellule se détache du cancer primitif, circule dans une des trois voies et vient aboutir à la bronche où elle fait souche.

Mais cette idée simple et mécaniste ne correspond pas toujours à la réalité. En effet, une étude anatomique permet d'éliminer la voie artérielle (et même les artères d'arrêt de Von Hayek) ainsi que la voie lymphatique. Quant à la voie canaliculaire, elle a souvent été invoquée. Mais on peut alors se demander, si une telle voie était utilisée depuis le rein jusqu'à la bronche, pourquoi la cellule cancéreuse "attend-elle" la bronche pour faire souche ? Et encore faut-il dans ce cas, faire abstraction d'une étude de Borrmann qui prétend que les cellules qui se détachent spontanément de la tumeur sont des éléments nécrosés. Il ne faut pas oublier non plus que le vagabondage cellulaire est un phénomène normal dans

l'organisme, mais que ces cellules sont détruites par exemple au niveau du filtre pulmonaire. Alors pourquoi n'en est-il pas de même des cellules cancéreuses ?

Monsieur J. Delarue dans son livre sur la "Biologie du Cancer" note que "parmi les métastases régionales d'un cancer se manifestent souvent des petits foyers qui, au cours des examens cliniques ou anatomo-pathologiques macroscopiques, sont habituellement considérés à tort comme des ganglions. Mais l'étude histologique vient démontrer que ce sont des foyers cancéreux développés librement dans le tissu conjonctivo-adipeux et si dépourvus de rapports avec le système lymphatique que l'on voit certains d'entre eux englober des ganglions sans que ceux-ci ne participent en quoi que ce soit au processus de métastase".

Par conséquent, cette conception cellulaire issue des théories de Virchow et selon qui une cellule naît toujours d'une autre cellule n'est pas entièrement satisfaisante pour l'esprit, car elle n'explique pas certains paradoxes. D'ailleurs, la multiplicité des théories, ou plus exactement des hypothèses, pour expliquer l'origine du cancer et de ses métastases prouve qu'aucune d'entre elles n'est convaincante. Chacune explique des faits, mais aucune ne fait la synthèse du problème. Nous pouvons en citer quelques unes. Ce sont les hypothèses parasitaire ou virale ; ou bien on invoque la transformation chimique de substances naturelles en substances cancérogènes ; ou encore un trouble du métabolisme des glucides (selon Warbourg) ; on a même invoqué l'irritation cellulaire et la sélection des cellules pathologiques.

En fait, il semble bien, comme le dit Gustave Roussy, préfaçant le livre de Monsieur Delarue, que "la prolifération cellulaire ne soit qu'un phénomène réactionnel second. Le primum movens du cancer répondrait à une incitation omnitissulaire, de nature encore inconnue, mais dont on peut discerner quelques caractères. Les métastases ne seraient pas l'effet d'une migration cellulaire, mais résulteraient du transport à distance, par "répercussion" de l'incitation. Il en serait de même des récidives".

Et nous terminerons en citant Monsieur Delarue : "C'est une idée de désorganisation tissulaire que vient suggérer le processus cancéreux. Il évoque le problème des "organisateurs" et la suppression de leur contrôle. Dès qu'on apprendra à "penser" le cancer autrement que par la théorie cellulaire, on pourra alors constater que la singularité du cancer, parmi les autres maladies, n'est

qu'une singularité d'expression, celle que lui confère la prolifération tissulaire, effet réactionnel d'autres troubles. C'est un peu revenir à "l'humorisme" qui, s'il ne signifiait rien du temps de Galien ou même de Broussais peut, aujourd'hui désigner le vaste champ :

- des métabolismes généraux et régionaux des tissus
- des échanges du milieu intérieur et ses perturbations
- des effecteurs neuro végétatifs et humoraux.

"L'humorisme" n'est plus une abstraction verbale. On admet donc le rôle déterminant d'un trouble fonctionnel tissulaire dans la prolifération cellulaire anarchique... Il faut donc admettre avec Leriche "que dans l'évolution de la maladie, le trouble de la fonction a souvent autant d'importance que la lésion. Il peut la créer. Il peut lui survivre".

-:-:-:-:-:-:-:-

TRAITEMENT

Qu'on envisage la théorie cellulaire, ou bien "l'humorisme" pour expliquer les métastases, il peut sembler paradoxal de s'attaquer à une tumeur secondaire. Et pourtant, de multiples tentatives ont été faites dans ce sens.

C'est ainsi que nous pouvons citer la curiethérapie et l'hormonothérapie qui, à notre connaissance, n'ont jamais été utilisées dans le cas d'une tumeur bronchique secondaire à un cancer excréto urinaire.

Par contre la radiothérapie a été entreprise dans certains cas, et elle a amené parfois une amélioration transitoire. C'est ce que nous avons pu constater dans l'observation n° 3. Donc, c'est un moyen thérapeutique qui n'est pas à négliger, en particulier dans certains cas non opérables.

Mais en pratique, la parole reste à la chirurgie. L'exemple d'une malade de Barney opérée pour adenocarcinome rénal, puis lobectomisée pour métastase pulmonaire et survivant 12 ans au moins, est un encouragement à utiliser cette méthode qui, actuellement, grâce aux nouvelles techniques opératoires et anesthésiques, est parfaitement au point. Mais il faut adresser au chirurgien des malades remplissant certaines conditions qui ont bien été précisées par Eschapassee dans sa thèse sur le traitement des cancers secondaires des bronches. C'est ainsi qu'il faut :

- 1) une tumeur primitive contrôlée ou contrôlable dans la mesure du possible ;
- 2) des métastases localisées au poumon ;
- 3) un état général du malade satisfaisant ;
- 4) opérer en milieu spécialisé et faire des résections aussi limitées que possible.

Evidemment, ce n'est qu'une thérapeutique palliative, mais dont les résultats sont encourageants.

Cependant, il faut constater que, dans nos observations et celles que nous avons reprises, les résultats

ne sont pas très probants. C'est ainsi que, sur les 8 cas exposés, 5 ne sont pas opérables à cause de leur état général qui est trop mauvais.

Nous avons donc 3 malades opérés dont un cas remarquable (observation n° 6) puisque nous y constatons une survie d'au moins 8 ans. Le second cas (observation n° 4) n'a eu qu'une survie de 1 an 1/2. Quant au dernier (observation n° 7) l'observation ne signale pas de durée mais indique un pronostic post opératoire très mauvais.

En conclusion de ce chapitre thérapeutique, il nous semble qu'un dépistage précoce augmenterait la proportion des malades opérables et des succès chirurgicaux. Cela est d'autant plus facile que le poumon est un organe facilement explorable et il faut en profiter au maximum.

-:-:-:-:-

CONCLUSION

I - Le cancer bronchique secondaire aux tumeurs du système excréto urinaire a sensiblement la même symptomatologie que les autres tumeurs secondaires des bronches.

II - Cette symptomatologie survenant chez un malade qui a, dans ses antécédents une tumeur du système excréto urinaire, doit faire soupçonner une tumeur bronchique secondaire.

III - Le diagnostic définitif de tumeur secondaire bronchique ne pourra être posé qu'après bronchoscopie et examen anatomo pathologique du fragment prélevé pour biopsie.

IV - Le traitement des métastases broncho-pulmonaires des cancers excréto urinaires est possible par exérèse chirurgicale. Le diagnostic précoce en est la condition indispensable.

oooooooooooo

BIBLIOGRAPHIE

- AMEUILLE-LEMOINE et FAUVET - Le cancer broncho-pulmonaire ;
Semaine des Hôpitaux n° 35.21.IX.1945
- ALEXANDER J., HAIGHT C., ESCHAPASSE H. - Le traitement chirurgical du cancer secondaire du poumon. Résultats. Indications - Bulletin association française du cancer 1951 - 38 - n° 1.
- BARIETY et PAILLAS - Cancer secondaire des grosses bronches - Bulletin et mémoires de la société médicale des hôpitaux de Paris. N° 23, 24, 25, 27 (VI) 1947.
- BARIETY-DELARUE et PAILLAS - Les formes histologiques des cancers bronchiques - Presse médicale n° 19 - 31/III/ 1948.
- BORNHANN - La question des métastases par greffe et par essaimage dans les tumeurs malignes - Virch. Arch. Berlin. 21/5/1932 - 284 n° 2.
- BARNEY J.D. - Nephrectomie pour adénocarcinome et lobectomie pour métastase solitaire, suivie par une observation de 12 ans - Journal of Urology - 1944 - 52.
- CHIRAY-ALLOT G. et JANE - Le cancer sténosant des grosses bronches - Presse médicale du 5/7/1933.
- DELARUE Jacques - Le problème biologique du cancer - Masson 1947.
- DRIESSENS-SJYNGEDAW-LEMAITRE-SOULARY - Cancer pulmonaire secondaire à un cancer du col utérin, à expression radiologique de tumeur primitive. Régression radiothérapique - Société médicale du Nord 28/I/1945 in Echo médical du Nord, T.16 août-septembre 1945.
- DELARUE J. et PAILLAS J. - Diagnostic cytologique et histologique des tumeurs bronchiques - Rapport au premier congrès international de biologie clinique - Novembre 1947.
- DISPAN de FLORAN J. - Le cancer secondaire des bronches - Thèse Paris 1949 - n° 100.

- DRUCKREY H., KUPFMULLER K. et TRAPE W. - Problème de l'extension des tumeurs et des métastases. Etude expérimentale. Zschr. Krebsforsch. 56 - 1949.
- DELARUE J.-PAILLAS J. et GIACOBI R. - Une nouvelle cause d'erreur relative au diagnostic histologique des tumeurs bronchiques - Journ. franc. de méd. et de chir. thor. T 3-2-1949.
- DELARUE J.-PAILLAS J.-Mlle LEVY M. et GIACOBI R. - Le diagnostic histologique des cancers bronchiques par l'examen des sécrétions prélevées sous bronchoscopie - Journ. Franc. de med. et de chir. thor. T 4 - 1950.
- EVEN R. et LECOEUR J. - Métastases cancéreuses endobronchiques à symptomatologie de cancer primitif des bronches - Journ. Franc. de med. et de chir. thor. T II n° 2 - 1948.
- ESCHAPASSE H. - Le traitement chirurgical du cancer secondaire du poumon - Thèse de Toulouse - 1950.
- EFFLER and BLADES - Surgical treatment of the solitary lung metastasis - Jour. Thor. surg. I - feb. 1947.
- FREID JACOB - Métastases osseuses et pulmonaires dans les cancers du rein, de la prostate, de la vessie - The Am. journ. of roentgen and radium ther. 55 n° 2 feb. 1946.
- GUITTON L. - Cancer sténosant des bronches souches - Thèse de Paris 1933.
- HEEREN J.G. - Contribution à la cause des diverses formes de métastases pulmonaires - Zschr. Krebsforsch. 57. 1950 n° 1.
- HUGUENIN R.-LEMOINE-J.H.-FAUVET J. et BOURDIN J. - Etude anatomoclinique de 261 cas de cancer broncho-pulmonaire. Jour. franc. méd. et chir. thor. 1951-5.
- HUGUENIN F. et DELARUE J. - Quelques points techniques dans la bronchoscopie radiologique des cancers primitifs du poumon - Bulletin Ass. française pour l'étude du cancer T. XXI n° 1, janvier 1932.

- KOST C.G. - Le sort des cellules cancéreuses transportées dans le poumon - Zschr. Krebsforsch. 8-11-1936 - T. 43 n° 4.
- KIRSCH et HEITZ K. - Cancer secondaire à symptomatologie de cancer primitif - Journal de radiologie et d'électro radiologie - 1950-31 n° 11 et 12.
- KOURILSKY Raoul-DECROIX Guy et GONZALES A. - (Hôpital Saint-Antoine) Etude clinique et statistique de 135 cancers broncho-pulmonaires - Bull. et mem. soc. med. Hop. de Paris - 1952-68 n° 7 et 8.
- LANOOTE Micheline - Contribution à l'étude des cancers bronchiques secondaires - Thèse Paris 1954 n° 137.
- LOPO de CARVELHO-LEMOINE et ROSE - Cancers bronchiques secondaires à symptomatologie de cancer bronchique primitif - Journ. franc. de med. et chir. thor. T II - 1948 n° 2.
- LAUMONIER et DEPAULES - A propos du traitement chirurgical des métastases pulmonaires - Bordeaux chirurgical - Janvier 1953 n° 1.
- LEMOINE J.M. - La bronchoscopie et la pathologie broncho-pulmonaire - An. med. 1946 - 47 - n° 4.
- LEMOINE J.M. - La place de la bronchoscopie en pneumologie. Le poumon - mars 1946.
- LACAZE Henri - Les condensations pulmonaires rétractiles - Thèse Paris 1940.
- LECOEUR Jacques - Le cancer primitif des bronches dit cancer du poumon - Thèse Paris 1942.
- LEMOINE J.M. et BRUNINX - Les aspects bronchoscopiques des cancers broncho-pulmonaires - Sem. des Hôp. n° 35-21-IX-1945.
- MERLIER Max - Traitement chirurgical des métastases pulmonaires - Sem. des Hôp. 28 septembre 1952 - 28.

- MOORE Georges E. and WOLKER W.W. - (University of Minnesota med. school) Metastatic hypernephroma of the thyroid gland with subsequent thyroidectomy, nephrectomy and resection of pulmonary metastases - Surg. June 1950-27.
- PAPILLON J. - Etude radiologique des obstructions bronchiques - Thèse Lyon 1944.
- PICARD E. (Laboratoire d'anapath-Louvain) - Métastases d'un hypernephrome occulte simulant un cancer pulmonaire - Le Scalpel - 26 août 1950-103.
- RABILE Charles and SPILMAN Richard J. (Hartford Hospital - Hartford - Connecticut) - Metastatic adenocarcinoma of the ureter with obstruction - Jour. of Urology - August 1953-70.
- SCHAFER P.W. and SCOTT (Orland) - Une métastase pulmonaire solitaire doit-elle être réséquée ? Jour. of thor. surg. St Louis - V. 16 n° 5 oct. 1947.
- WELIN S. - Diagnostic différentiel radiologique entre tuberculose pulmonaire et cancer primitif et secondaire - Nord medical 1949-42.

oooooooooooo

Vu, le Président de Thèse :

Professeur J. DELARNE

Vu, le Doyen de la Faculté
de Médecine de Paris

Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. SARRAILH

